Année 1973 n°

117

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ALLALI Jacky, Yvan, Isaac

né le 30 avril 1948 à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le.....

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUBERCULOSES PULMONAIRES MORTELLES EN 1973 Chez l'EUROPEEN

à propos de 10 OBSERVATIONS

PRESIDENT : Professeur Jacques LOEPER.

Année 1973 n°

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Dipiôme d'Etat)

PAR

ALLALI Jacky, Yvan, Isaac

né le 30 avril 1948 à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le.....

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUBERCULOSES PULMONAIRES MORTELLES EN 1973 Chez l'EUROPEEN

à

propos de 10 OBSERVATIONS

PRESIDENT : Professeur Jacques LOEPER.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

AVEC AMOUR ET RECONNAISSANCE

QUI M'ONT AIDE A DEVENIR MEDECIN.

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LOEPER

PRESIDENT DE CETTE THESE.

A

MONSIEUR LE DOCTEUR R. MOULIAS

QUI M'A

PRODIGUE SES PRECIEUX CONSEILS

EN

TEMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A

MONSIEUR LE DOCTEUR R. MOULIAS

OUI M'A

PRODIGUE SES PRÉCIEUX CONSEILS

EN

TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE.

A

TOUS MES MAITRES

QUI M'ONT ENSEIGNE LA MEDECINE

AU COURS DE MON EXTERNAT

Monsieur le Professeur Jacques LOEPER

Monsieur le Professeur BROCARD

Monsieur le Professeur MERCADIER

Monsieur le Docteur GOLDSZAL

Monsieur le Professeur RONDOT

Monsieur le Docteur SENECHAL

EN

TEMOIGNAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUBERCULOSES PULMONAIRES MORTELLES EN 1973 CHEZ L'EUROPEEN

à

propos de 10 observations.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... page 1

PRESENTATION DES OBSERVATIONS..... page 4

DISCUSSION..... page 19

+ Terrain..... page 20

+ Facteurs socio-économiques..... page 26

+ Signes généraux et fonctionnels... page 28

+ Extension aux autres viscères.... page 29

+ Formes cliniques..... page 30

+ Tableaux réalisés à la phase terminale. page 34

+ Lutte contre l'apparition de ces formes de tuberculoses pulmonaires mortelles page 36

+ Mesures susceptibles d'améliorer la lutte antituberculeuse page 44

CONCLUSION..... page 49

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION

Parmi les fléaux sociaux la tuberculose n'occupe plus la première place, et les réactions de l'opinion publique face à cette maladie pourraient laisser supposer qu'elle ne constitue plus actuellement qu'un problème marginal de santé publique.

On ne peut nier que depuis vingt ans, sous l' effet avant tout de la chimiothérapie spécifique, l' endémie tuberculeuse n' a cessé de décroître dans les pays développés où l' affection est bien moins meurtrière qu'autrefois, comme l' atteste la nette diminution de la mortalité tuberculeuse par rapport à la mortalité générale (LOTTE et PERDRIZET - Fig. 1). Mais cette constatation ne doit pas conduire à un optimiste exagéré quand on sait qu'il a été dénombré en France pour l' année 1971 40 000 nouveaux cas et 3 500 décès. Ces chiffres, à côté de pays très proches du notre pour les conditions de vie, comme les Pays-Bas et le Danemark où chaque praticien ne voit plus en moyenne qu'une fois tous les cinq ans un nouveau cas de tuberculose, permettent d' analyser les facteurs qui nous restent à vaincre pour arriver à l' éradication de cette maladie.

Si nous nous intéressons de plus près aux formes mortelles de tuberculose, nous constatons (Fig. 2) que les localisations respiratoires constituent et de loin, le groupe le plus important ; elles paraissent avoir le moins bénéficié des progrès considérables accomplis dans ce domaine.

.../...

MORTALITE GENERALE ET MORTALITE TUBERCULEUSE (Tub. toutes formes) EN FRANCE DEPUIS 1910.

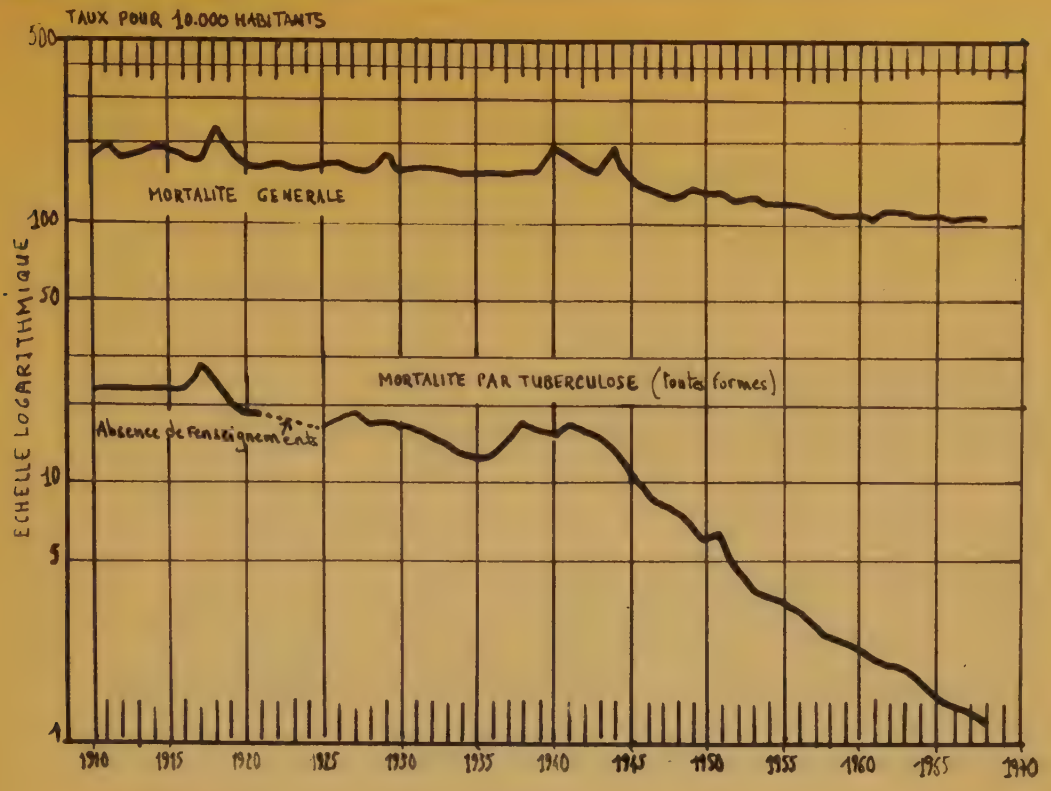
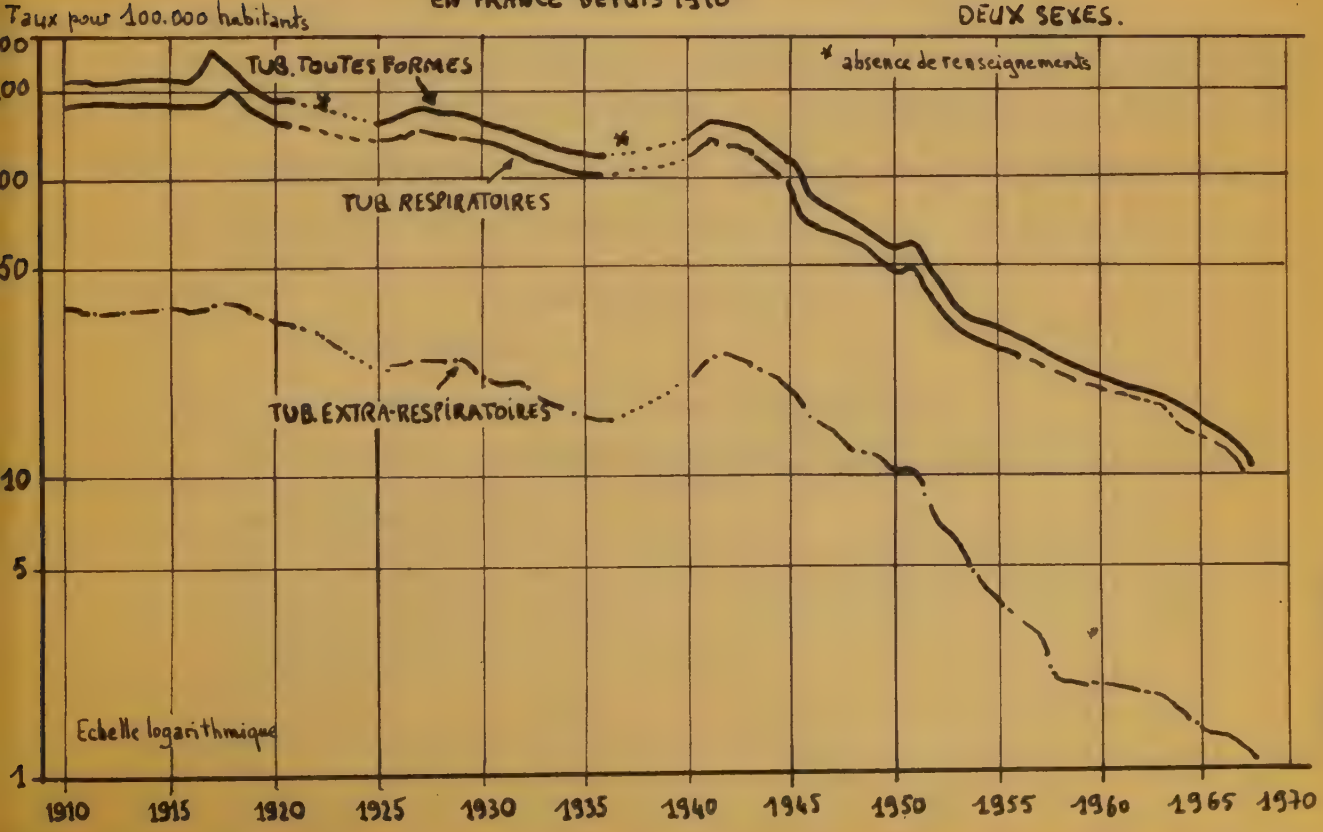


Fig 1

INSERM n° 22.350t

MORTALITE PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES
PULMONAIRE ET EXTRA-PULMONAIRE
EN FRANCE DEPUIS 1910



INSERM N° 22998

Ce sont ces tuberculoses pulmonaires mortelles de nos jours chez l' Européen, qui sont le sujet de ce travail à propos de dix observations.

- Les sept premières ont été colligées dans le Service de Médecine de Monsieur le Professeur LOEPER à l' Hôpital de la Salpétrière.

- Les trois autres, nous les avons rencontrées au cours d'une année de travail effectuée dans le Service de Médecine du Docteur ROMEO à l' Hôpital Inter-communal de Montreuil.

Il est à noter qu'il s'agit de Services de Médecine générale sans orientation pneumophtisiologique particulière.

Soulignons d' emblée que ces observations se prêtent mal à une étude rétrospective en raison de leur caractère incomplet, tant sur le plan clinique que sur le plan biologique ; nous regrettons en particulier l' absence de test de résistance à la chimiothérapie des bacilles rencontrés. Ceci est à mettre sur le compte de la brève hospitalisation de ces malades qui sont décédés quelques jours voire même quelques heures après leur admission.

Néanmoins, l'intérêt de ces cas reste grand dans la mesure où ils illustrent de façon éclatante que ces formes "historiques " n'ont pas encore hélas disparu, malgré l'importance et l' efficacité de nos moyens actuels.

Après avoir évoqué :

- le terrain,
- et les conditions socio-économiques,

dans lesquels se rencontrent le plus fréquemment ces formes graves, nous rappelerons :

- les signes généraux et fonctionnels qui doivent attirer l' attention,

.../...

- et les renseignements fournis par les examens complémentaires.

Ensuite, nous décrirons les principales formes cliniques et les différents tableaux réalisés à la phase terminale.

Nous ne nous attarderons pas sur le traitement, ces formes étant par l' étendue des lésions au-dessus de toute ressource thérapeutique, tout au moins au moment où le malade entre en milieu hospitalier.

Par contre, nous développerons le chapitre consacré à la lutte antituberculeuse en insistant sur la prophylaxie et le dépistage.

Nous indiquerons les orientations nouvelles et les mesures particulières qui nous paraissent justifiées, en considérant la notion de " groupes exposés " mise en évidence par les observations présentées.

.../...

PRESENTATION DES OBSERVATIONS

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

OBSERVATION N° 1

Mr W... 63 ans, sans domicile fixe, est hospitalisé le 1. 3. 69 pour une pneumopathie fébrile et un état général très altéré.

L' interrogatoire apprend la persistance d'une asthénie intense apparue il y a trois mois, accompagnée d'une perte de poids de sept kg. Depuis une dizaine de jours cet état va s' aggravant, en même temps que surviennent une toux ramenant une expectoration purulente et de la fièvre (38 ° - 39 °).

Dans les antécédents de Monsieur W... on note :

- une tuberculose pulmonaire découverte en 1956; rechute en 1961 ; chaque fois correctement traitée. Depuis, il était suivi régulièrement au dispensaire : dernier bilan radiologique et bactériologique (examens directs et cultures de tubages) négatif en 1968 .

- un ulcère gastrique diagnostiqué en 1962.

Le cliché pulmonaire confirme l'impression clinique d'une rechute sévère de sa tuberculose pulmonaire montrant, à côté de lésions fibreuses séquellaires des deux sommets, un aspect de pneumonie caséeuse droite.

L' examen direct des crachats apporte la preuve bactériologique montrant de très nombreuses colonies de bacilles acido-alcoolo-résistants.

La vitesse de sédimentation est à 98 mm à la 1ère heure.

Cette tuberculose semblait encore sensible au traitement bactériostatique car la fièvre a rapidement régressé puis disparu, mais finalement Mr W... est décédé le 2 Avril 1969 sans

.../...

qu'il y ait eu de nouvelle aggravation de son état pulmonaire cliniquement décelable.

CONSTATATIONS ANATOMIQUES :

- pachypleurite bilatérale,
- tuberculose pulmonaire chronique bilatérale excavée avec atteinte des lobes supérieurs,
- poussée évolutive récente avec diffusion broncho-pneumonique majeure ; infiltration miliaire à la base du poumon droit.

Autres constatations :

- foie, rate, reins indemnes,
- infarctus myocardique cicatriciel du bord gauche,
- volumineux ulcère chronique calleux de la région angulaire ; hypertrophie du pylore.

.../...

OBSERVATION N° 2

Mr V... 73 ans est hospitalisé le 17. 9. 72 pour une altération importante de l' état général.

Depuis deux semaines, le malade est fébrile (38°-39°) ne s'alimente plus et ne quitte plus son lit.

L' examen ne retient rien d' anormal sur le plan pulmonaire, cardiaque et neurologique ; il met en évidence une hépatomégalie ferme à bord inférieur dur. L' existence d'une prostate augmentée de volume avec un noyau dur sur le lobe gauche, fait avancer l' hypothèse d'une infection urinaire avec hyperazotémie sur obstacle prostatique néoplasique.

Le cliché pulmonaire montre une atteinte bilatérale massive évocatrice de tuberculose; elle associe des cavernes, des macronodules irréguliers et des zones de nécrose caséeuse réalisant une destruction quasi-complète des deux poumons.

Le diagnostic est confirmé par l' examen direct des crachats qui montre plus de 100 bacilles acido-alcoolo- résistants / champ.

Le décès est survenu 48 heures après l' admission avant tout traitement, dans un contexte fébrile.

.../...

OBSERVATION N° 3

Mr B... 64 ans, veuf, éthylique, sans domicile fixe, est hospitalisé le 4.5 69 pour une pneumopathie fébrile avec importante altération de l' état général.

Dans un tableau d' asthénie avec anorexie et amaigrissement, est apparue depuis une semaine une toux ramenant une expectoration purulente ; il s'y associe de la fièvre (39°) et une dyspnée avec polypnée.

L' interrogatoire n'apprend aucun antécédent particulier.

L' examen pulmonaire met en évidence une diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire ainsi que des râles bronchiques disséminés.

L' examen de l' abdomen trouve une hépatomégalie débordant de 3 travers de doigt.

Le cliché pulmonaire montre une atteinte bilatérale étendue très évocatrice de tuberculose, associant des macronodules plus ou moins confluents et des infiltrats.

Le diagnostic est confirmé par l' examen direct des crachats qui note la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants.

Les examens de laboratoire montrent :

- N.F.S. : GR 3 940 000 GB 8 800 (dont 76 % PN)
- V.S. : 30 à la 1ère heure
- les épreuves hépatiques sont à la limite de la normale.

Le malade est aussitôt mis au traitement bactériostatique qui entraine l' apyrexie, mais le décès survient brutalement quatre jours après l' admission.

.../...

CONSTATATIONS ANATOMIQUES :

- Tuberculose pulmonaire associant :
  . des nodules tuberculeux plus ou moins confluents aux apex ,
  . une dissémination miliaire intraparenchymateuse et sous-pleurale, avec bronchopneumopathie tuberculeuse des deux poumons ; foyers miliaires bronchiolaires et péribronchiolaires avec EMBOLIES PULMONAIRES massives au contact des foyers tuberculeux.

- Dissémination miliaire hépatique (plus cirrhose incipiens avec stéatose) , rénale , splénique.

.../...

OBSERVATION N° 4

Mr L... 48 ans, sans domicile fixe, est conduit aux urgences le 27.8.73 pour un malaise survenu dans la rue.

L' interrogatoire ne révèle aucun antécédent particulier chez ce malade qui se plaint d'une douleur sous-costale droite.

L' examen d' entrée note une importante altération de l' état général et une dyspnée avec cyanose. Température à 36°, tension artérielle 6/4 . Il n'y a pas d' hémorragie extériorisée.

L' examen de l' abdomen trouve un gros foie douloureux, ce qui fait évoquer une hémorragie sous-capsulaire.

Une réanimation est entreprise, mais le malade décède quelques heures après son admission.

CONSTATATIONS ANATOMIQUES :

- Tuberculose pulmonaire chronique polycavitaire avec évidement des deux sommets et caverne du Fowler droit. Pas d' évolutivité apparente (caverne détergée).

- Scléro-emphysème +++ et hypertrophie ventriculaire droite.

- Infection bronchopulmonaire intercurrente : pneumopathie aigue de la base droite avec hépatisation.

- Hépatomégalie +++ avec stéatose considérable (origine anoxique et sans doute aussi " nutritionnelle ").

- Symphyse péricardique partielle (étiologie ?).

.../...

OBSERVATION N° 5

Mr B... 64 ans est hospitalisé le 9.10.72 à la demande de son médecin traitant pour un amaigrissement important et une dysphagie.

L' examen d' entrée note un état de dénutrition et de cachexie très avancé, avec une déshydratation intra et extracellulaire extrèmement sévère nécessitant une réanimation immédiate.

La symptômatologie a fait contrôler en premier son oesophage qui est normal.

Mais un cliché pulmonaire pratiqué dans le même temps montre des lésions considérables des deux poumons avec une rétraction et une destruction de la totalité du poumon gauche et des images de pneumonie caséeuse frappant la plus grande partie du poumon droit . L' aspect de ces images évoque une tuberculose pulmonaire sévère ancienne.

Les premiers examens complémentaires montrent :

- N.F.S. : 4 950 000 GR 5 600 GB dont 94 % PN
- V.S. : 41 mm à la 1ère heure.

Le malade est aussitôt mis au traitement antituberculeux bien qu'un tel traitement ne puisse être efficace sur ces destructions pulmonaires considérables.

Mr B... est d'ailleurs décédé au bout de 48 heures d' hospitalisation avant que la preuve bactériologique n'ait pu être apportée.

La vérification n'a pas été faite (Art. 115).

.../...

OBSERVATION N° 6

Mr D... 64 ans, est hospitalisé le 27.7.71 pour une hématurie apparue depuis trois jours.

Son état cachectique qui le confine au lit ne lui permet pas de nous préciser ses antécédents ni l' épisode actuel.

L' examen note une pâleur des conjonctives, un pouls rapide (120/minute) une tension artérielle basse (10,5/7) chez ce malade dyspnéique, cyanosé, apyrétique. L' auscultation trouve quelques râles bulleux aux bases ; par ailleurs il existe une hépatomégalie débordant de deux travers de doigt et une polynévrite des membres inférieurs d' origine éthylique.

En fait, aucun élément clinique n'oriente vers une cause de l' hématurie qui n'a pas été objectivée.

Les examens de laboratoire confirment l' anémie suspectée cliniquement et montrent une vitesse de sédimentation très accélérée : 109 mm à la 1ère heure.

Le lendemain la courbe thermique décrit des clochers fébriles à 40°, en même temps que se majore l'insuffisance respiratoire ; les gaz du sang montrent une hypoxémie ($Pa0_2$ 60 mm Hg) avec hypocapnie ($PaC0_2$ 28 mm Hg). La radiographie pulmonaire révèle une pneumopathie du sommet gauche très suspecte de tuberculose. La preuve bactériologique n'a pas pu être faite car le malade est décédé en insuffisance respiratoire aigue le 3.8.71.

La vérification anatomique n'a pas été faite.

.../...

OBSERVATION N° 7

Mr M... 46 ans, éthylique, est hospitalisé le 29.12.69 pour une pneumopathie fébrile.

L' interrogatoire apprend que le " métier " de ce malade est " faux - aveugle " dans le métro ce qui suppose des conditions de vie précaires et une sous-alimentation chronique.

Le cliché pulmonaire montre des lésions bilatérales prédominant au sommet gauche qui est le siège d'une nécrose caséeuse ; ces images évoquent une tuberculose évoluée.

L' examen direct des crachats confirme le diagnostic en révélant la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants.

Notons parmi les examens de laboratoire pratiqués une vitesse de sédimentation à 46 mm à la 1ère heure.

Après trois jours d'hospitalisation, Mr M... qui se sentait mieux a quitté le service sur sa propre initiative refusant tout traitement à sa sortie.

.../...

OBSERVATION n° 8

Mr A... 30 ans est admis aux urgences le 3. 5. 73 pour une pneumopathie aigue fébrile.

Dans ses antécédents on note une primoinfection à l' âge de 9 ans.

L' interrogatoire apprend que le malade a maigri de 10 kg depuis un an dans un fond d' asthénie importante, ce qui ne l' a pas empêché toutefois de poursuivre son travail dans le bâtiment où il est couvreur. Son médecin traitant avait mis cette altération de l' état général sur le compte de l'intoxication éthylique que Mr A... reconnaît, et le soignait " pour le foie ". Une toux persistante ramenant une expectoration purulente est apparue cet hiver mais l' épisode qui justifie son hospitalisation ne s'est déclaré que depuis quelques jours.

On se trouve en présence d'un malade cachectique, fébrile (39°), dyspnéique avec polypnée et cyanosé. La sémiologie pulmonaire est riche avec :

- un souffle caverneux au sommet droit,
- des râles sous-crépitants disséminés dans les deux champs.

Le reste de l' examen note :

- un coeur rapide dont les bruits sont normaux,
- des jugulaires turgescentes,
- une hépatomégalie sensible (15 cm sur la ligne mamelonnaire),
- des oedèmes des membre s inférieurs durs et douloureux.

Le diagnostic s' oriente d' emblée vers une tuberculose pulmonaire grave avec retentissement sur le coeur droit ;

il est confirmé par le cliché pulmonaire qui montre une atteinte bilatérale, prédominant à gauche avec des poumons atteints dans leur quasi-totalité : cavernes aux deux sommets et nécrose caséeuse avec micro et macronodules confluents disséminés.

La preuve bactériologique à l' examen direct des crachats n'a pas pu être faite car Mr A... est décédé quelques heures après son admission.

CONSTATATIONS ANATOMIQUES :

- Macroscopiques :

  . poumon gauche : lésions diffuses et polymorphes avec des aspects miliaires et des formations nodulaires plus importantes.

  . poumon droit : aspect miliaire.

- Microscopiques :

  Diffusion tuberculeuse massive avec des follicules dont le centre est caséeux ; par ailleurs nappes importantes de caséeum.

Pas de dissémination hépatique, rénale ou splénique.

.../...

OBSERVATION N° 9

Mr F... 69 ans qui présente une importante altération de l' état général, est adressé aux urgences le 28.10.72 par son médecin traitant pour un malaise survenu dans la rue.

L' interrogatoire apprend l' apparition depuis deux semaines d'une asthénie marquée et d'une anorexie, celle-ci aggravant un état de dénutrition avancé et conduisant à un amaigrissement important ; par ailleurs le malade vit seul avec des ressources très insuffisantes.

Bronchiteux chronique, Mr F... a vu se majorer depuis quelques jours une toux habituelle, en même temps que sa température s' élevait.

L' examen met en évidence une pneumopathie du sommet droit confirmée par le cliché pulmonaire qui montre en fait, des lésions bilatérales réalisant :

- à droite une image de pneumonie caséeuse,
- à gauche, un infiltrat avec des nodules plus ou moins confluents.

Ces images sont en faveur d'une tuberculose sévère méconnue.

L' examen direct des crachats confirme le diagnostic : présence de bacilles acido-alcoolo-résistants.

Notons qu'en 1967 un bilan pour " asthénie " avait été pratiqué : l'image thoracique était normale et l' examen des crachats (direct et culture) négatif.

Mr F... est décédé trois jours après son hospitalisation.

OBSERVATION N° 10

Mr M... 47 ans, éthylique, est admis aux urgences le 30.6.73 pour une insuffisance respiratoire aigue.

L' interrogatoire apprend l' apparition il y a un an de troubles urinaires à type de cystite ; un traitement symptômatique avait alors été prescrit mais non suivi. Ces troubles se sont aggravés aboutissant à un syndrome dysurique majeur. En même temps s'installait une importante altération de l' état général.

Pendant tout ce temps, Mr M... est resté en arrêt de travail, vivant dans des conditions matérielles déplorables, et refusant de se soigner.

Le 27.6.73 il a ressenti une douleur de l'hémithorax droit rapidement accompagnée de difficultés respiratoires, à son insu, sa famille consulte le médecin traitant qui décide l'hospitalisation.

A l' examen, d'emblée nous sommes frappés par l' état cachectique du malade qui est dyspnéique et cyanosé ; l'hypersonorité de l'hémithorax droit fait avancer le diagnostic de pneumothorax, confirmé par le cliché pulmonaire qui découvre en même temps une miliaire bilatérale.

L' état du malade est tel qu'il justifie son transfert en réanimation dans le Service du Professeur AMSTUTZ.

Après avoir obtenu une amélioration des fonctions respiratoires, une exploration des voies urinaires est pratiquée à la recherche d'une localisation tuberculeuse. L' U.I.V. montre :

- à droite : des cavités pyélocalicielles dilatées, des cavernes multiples. L'uretère n'est jamais visible dans sa totalité.

.../...

- à gauche : on note une dilatation du calice supérieur, suspecte.

La recherche des bacilles de Koch à l' examen direct des crachats et des urines est restée négative.

Le malade est rapidement mis au traitement anti-tuberculeux qui entraine une amélioration ; mais le 6.7.73 Mr M... fait un accident vasculaire cérébral et décède le lendemain.

CONSTATATIONS ANATOMIQUES MACROSCOPIQUES :

- miliaire pulmonaire bilatérale ; à noter l' existence de lésions cicatricielles tuberculeuses au niveau des deux sommets.

- lésions rénales bilatérales à type de cavernes.

- miliaire vésicale.

DISCUSSION

-:-:-:-:-:-

De la lecture des observations présentées, on peut déduire une première constatation : ces tuberculoses pulmonaires mortelles se rencontrent pratiquement toujours sur un terrain particulier et chez des sujets vivant dans des conditions socio-économiques défavorables.

Ces notions ont été longuement développées par de nombreux travaux, parmi lesquels ceux de LESOBRE et COURY COURY, CONSTANT et Melle de SAXE ; JUSTIN-BESANCON, GRIVAU, CHRETIEN, BAGUET et DELAVIERRE.

TERRAIN

SEXE:

Il se trouve que la totalité des malades dont le cas est rapporté sont des hommes ; bien sûr celà n'a aucune valeur statistique bien que toutes les études concordent à montrer la forte prédominance des atteintes masculines (Fig. 3).

On a fait appel pour expliquer ce fait à des facteurs endocriniens qui existent certes, mais dont le rôle et l'importance sont difficiles à mettre en évidence.

Ce qui semble plus sûr en revanche, c'est le rôle de l'intoxication éthylique plus fréquemment retrouvée chez l'homme.

.../...

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES EN FRANCE

Répartition selon l'âge et le sexe

TAUX POUR 100 000 HABITANTS

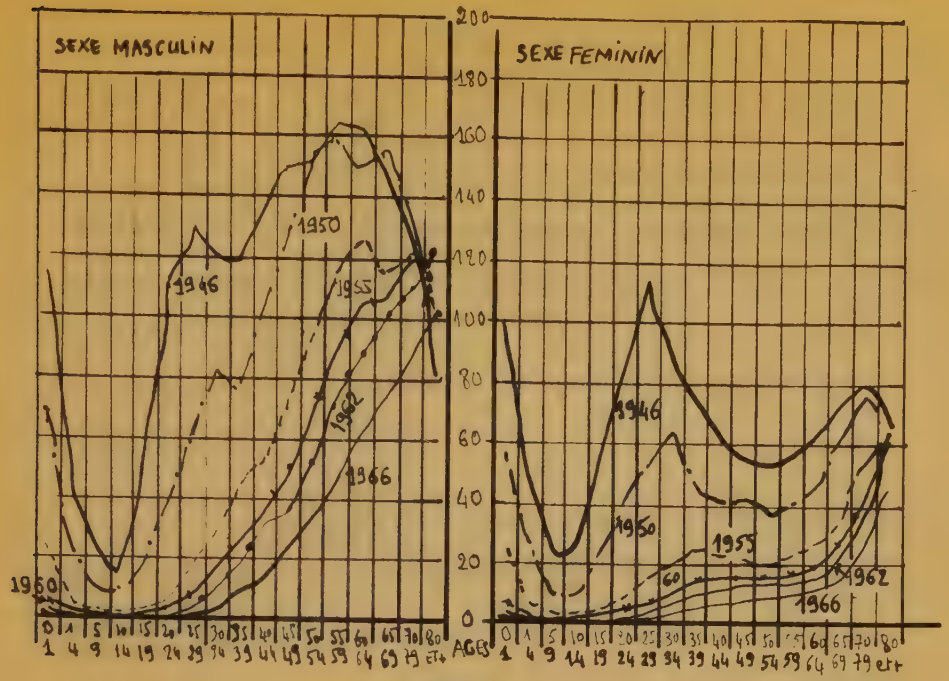


Fig. 3

INSERM N°21990

Nbre de cas

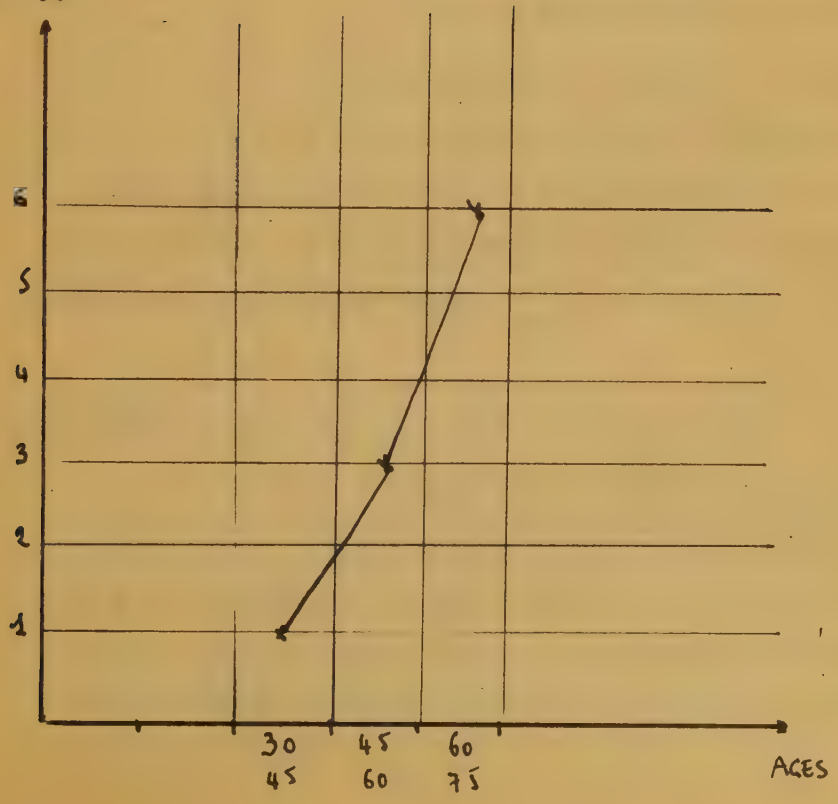


Fig. 4

En outre, on peut souligner la fréquence plus grande de maladies qui le marquent de leurs stigmates définitifs : silicose, emphysème, bronchite chronique, ulcères digestifs, diabète.

Enfin, il a été évoqué les conditions de travail souvent plus dures et la surcontamination exogène courue par l'homme dans sa vie extérieure, tandis que la femme demeurait moins exposée dans le milieu familial.

AGE :

Si nous répartissons les dix cas en tranches d'âge de 15 ans, nous obtenons une courbe (Fig. 4) dont l' allure ressemble à celle de la figure 3. On y constate :

- que le risque croît avec l' âge,
- que la majorité des décès survient à l'âge moyen de la vie entre 45 et 65 ans (8 observations sur 10).
- que les sujets les plus âgés (80 ans et plus) n'ont guère profité des succès obtenus (Fig. 3)

Par ailleurs, la moyenne d' âge des malades est de 56 ans, bien plus basse que les chiffres habituellement avancés ; ceci est dû à la présence d'un cas de 30 ans. Enfin, signalons l' unanimité des auteurs qui insistent sur la sévérité particulière de la tuberculose du 3 ème âge.

ETHNIE :

Les tuberculoses graves se rencontrent avec une fréquence élevée chez les Noirs d' Afrique, transplantés. Leur particularité est de frapper des hommes jeunes et de réaliser souvent des formes "historiques" rapidement évolutives (AUJOULAT et DESCOINGS) ; néanmoins elles réagissent de façon remarquable

.../...

au traitement et ne sont plus mortelles qu' exceptionnellement.

Au contraire, les formes tardives, souvent liées à des rechutes, survenant sur des poumons déjà porteurs de lésions de sclérose, surtout fréquentes chez l' Européen (nos 10 cas) peuvent avoir une évolution létale (9 de nos 10 cas).

ETHYLISME :

Le terrain physique et psychologique de l' éthylique favorise l' éclosion de la tuberculose et son développement. Ainsi, les éthyliques constituent une fraction importante des tuberculeux rencontrés en milieu hospitalier et sanatorial, et les tuberculoses étendues de même que les tuberculoses chroniques invétérées sont l' apanage quasi-exclusif des éthyliques ; nous comptons 6 éthylismes très sévères chez nos 10 cas.

Les manifestations de l'intoxication éthylique apparaissent d'intensité variable : hépatomégalies isolées (3 cas) avec signes biologiques d'insuffisance cellulaire, cirrhoses évidentes dont certaines ont fait une ou plusieurs décompensations ictériques, ascitiques ou hémorragiques, associées ou non à une polynévrite des membres inférieurs (cas n° 6), parfois le malade est hospitalisé dans un tableau de prédélirium trémens ou d' encéphalopathie.

Ces manifestations rendent le traitement plus difficile et exposent plus souvent à des accidents digestifs ou nerveux.

La tuberculose se démasque chez l' éthylique chronique lorsqu'une certaine étape évolutive est atteinte et lorsque les troubles nutritionnels sont importants ; en effet, les éthyliques consacrent leurs ressources matérielles à la poursuite de l'intoxication au détriment de leur alimentation encore réduite par l' anorexie. Cette dénutrition diminue la résistance de leur organisme déjà amoindrie par la quantité d' alcool absorbée (A. Koch Jensen, Voisin et Warnery et Corriol).

.../...

L' attitude de l' éthylique face à sa maladie et aux soins qui lui sont proposés pose des problèmes difficiles (FREOUR). Par sa tendance à cacher à autrui et à se cacher la réalité de la situation, par cette réaction de fuite du réel et de la maladie opposant un faux optimiste aux troubles ressentis, ce malade qui ne vient pas consulter à temps, retarde encore le moment de la découverte de la tuberculose. C'est le cas en particulier de Mr M... (obs. n° 10) qu'on a dû hospitaliser contre sa volonté dans un état lamentable ou de Mr. M... (obs. n° 7) qui a refusé son traitement.

De plus, l'indocilité de l' éthylique est responsable de traitements mal suivis ou interrompus, cause d' échecs thérapeutiques et de rechutes ; à cet égard l' attitude de Mr M... (obs. n° 7) est significative, qui a quitté le Service au bout de 3 jours d'hospitalisation. Il y a là une source à ne pas négliger de bacilles tuberculeux, danger pour l'entourage du malade et la morbidité tuberculeuse en général. Le problème dans ces cas n'est pas dominé par la tuberculose, mais par l' alcoolisme et par l' impossibilité de la thérapeutique qui conditionnent les possibilités de guérison.

DIABETE :

Autrefois, la tuberculose du diabétique avait un pronostic sévère puisqu'elle était la cause principale de la mort, bien avant le coma diabétique et les autres complications infectieuses de la maladie. Depuis l'utilisation des chimiothérapies anti-tuberculeuses et sous réserve que le diabète soit bien équilibré, les relations entre ces deux affections sont moins préoccupantes, bien que certains points cliniques et thérapeutiques méritent de retenir notre attention.

Cliniquement, l' existence d'un diabète doit être soupçonnée et systématiquement recherchée chez tout tuberculeux présentant des lésions étendues rapidement évolutives, pneumoniques

et caséifiantes, découvertes dans un contexte d' altération profonde de l' état général. Remarquons que cette recherche est restée négative dans toutes nos observations.

De même les diabétiques traités et particulièrement ceux qui sont difficiles à équilibrer, doivent faire l'objet d'une surveillance radiologique attentive et régulière pour dépister toute tuberculose débutante, d'autant plus que celle-ci est souvent latente, sans symptôme, sans signe physique. Il est du reste significatif que les tuberculoses pulmonaires s' observent avec prédilection chez les diabétiques mal traités ou négligeants.

AFFECTIONS GASTRO-DUODENALES :

La fréquence élevée de la tuberculose chez les ulcéreux et les gastrectomisés, ainsi que le risque accru de rechute chez ces malades, sont des notions classiques mais vérifiées de nos jours. On en relève un cas ici : Mr W... (obs. n° 1) ulcéreux gastrique et dont c' était la 2ème rechute.

La gravité de la tuberculose au cours de ces affections semble résulter de nombreux facteurs, parmi lesquels les déséquilibres métaboliques profonds caractérisés surtout par une tendance à l' hypoprotidémie avec hypoalbuminémie. L' âge avancé de ces malades ainsi que l'association fréquente de l' éthylisme majorent cette note péjorative. Il faut y ajouter les difficultés du choix des médicaments, certains étant mal tolérés par la muqueuse digestive, cette intolérance est aussi la cause de traitements suspendus par le malade.

Ces faits nous amènent à souligner la nécessité d'une surveillance pulmonaire très attentive des malades gastrectomisés et des ulcéreux, de manière à dépister aussitôt que possible l' apparition de lésions tuberculeuses.

.../...

Certains auteurs (VOISIN) préconisent la réalisation d'un bilan chez tout malade devant subir une gastrectomie afin de déceler l' existence d' éventuelles lésions quiescentes, de façon à mettre en route dans les suites de la résection gastrique une chimio-prophylaxie.

CORTICOTHERAPIE :

Nous ne ferons que citer le rôle bien connu de la corticothérapie prolongée dans le développement de la tuberculose.

GROSSESSE :

Bien que nous n'ayons pas rencontré de tuberculose pulmonaire grave chez la femme enceinte, éventualité rare de nos jours, nous dirons quelques mots sur les rapports entre tuberculose et grossesse qui représentaient jadis un chapitre important de la phtisiologie.

La grossesse favorisait indiscutablement les réveils de tuberculose dans les premiers mois de la grossesse ou dans les semaines suivant l' accouchement. On en était amené à discuter parfois du problème de l'interruption de certaines grossesses.

Actuellement, la découverte d'une tuberculose au cours d'une grossesse ne pose que le problème d'un traitement correct qui ne semble pas posséder d'influence fâcheuse sur le foetus.

TUBERCULOSES GRAVES ET IMMUNITE :

Tous ces facteurs : dénutrition par éthylisme ou gastrectomie, corticothérapie, diabète, grossesse, diminuent les capacités de défense de l'organisme.

- soit en diminuant les activités phagocytaires (corticothérapie, diabète),

- soit en entrainant une immunodépression

.../...

relative, portant essentiellement sur les fonctions des T. lymphocytes (lymphocytes thymo-dépendants responsables de l'immunité à médiation cellulaire et donc de l'hyperimmunité retardée), les B. lymphocytes et la production d' anticorps restant subnormaux ou augmentés.

Les déficits immunitaires joueraient un rôle non négligeable, ainsi dernièrement, WITHCOMB (M.E.) et ROCKLIN (R.E.) ont rapporté la première observation d'une tuberculose primaire invasive, gravissime, se développant chez une jeune femme présentant un déficit immunitaire, qui a résisté pendant près d'un an à tous les antibiotiques et dont le cours inéxorable fut brutalement arrêté par quelques injections de facteur de transfert.

Il est à regretter que l' état des réactions tuberculiniques n'ait pu être systématiquement étudié chez nos malades en raison de la brièveté de l'intervalle entre le diagnostic et le décès (parfois moins de 48 heures).

INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES

PROFESSION :

Dans notre série de dix cas, nous constatons que :

- deux sujets dépassaient l' âge de la retraite,
- parmi les huit autres qui étaient en âge d' activité professionnelle, un seul avait un travail régulier dans le bâtiment ; on peut s' étonner de l' échec du dépistage radiologique systématique pour Mr. A... (obs. n° 8) alors que dans cette profession les contrôles

.../...

sont assez sévères. Il s'agit probablement d'une forme intercurrente (BARIETY et COURY) rapidement développée entre deux dépistages.

A côté des retraités et des sans profession (asociaux, vagabonds...) rappelons que les plus touchés sont les artisans, les commerçants, les professions non salariées, les professions agricoles.

Tous ont un point commun : l'absence de dépistage régulier.

LOGEMENT :

- Certains malades sont conduits à l' Hôpital après avoir été " ramassés " dans la rue en très mauvais état général : ce sont des vagabonds sans domicile fixe, nous relevons le nombre impressionnant de 4 cas sur 10.

- Les autres vivaient souvent dans des conditions de logement précaires : c'est la presque totalité des sujets de plus de 65 ans.

Notons la grande solitude de la plupart des malades, personne ne les incitant à consulter quand leur état général s' altère, contrairement aux transplantés ; en effet en raison de la promiscuité ceux-ci viennent consulter dès qu'ils sont souffrants.

CONDITIONS DE VIE :

La tuberculose reste une maladie de la misère (FREOUR) surtout dans ces formes graves ; l' absence d' hygiène, la sous-alimentation, l' éthylisme d' autant plus répandu que les conditions de vie sont difficiles, en constituent la toile de fond.

La misère est un piège pour le praticien qui peut être tenté d' y rattacher l' amaigrissement, l' asthénie. Il en résulte un retard dans la découverte de la maladie d' autant plus que ces miséreux sont habitués aux infections saisonnières ; ils sont mal instruits, mal

habitués au contact médical qu'ils craignent parfois (obligation d' être lavés, réflexions désagréables ou outrageantes du personnel administratif et infirmier, abstinence éthylique forcée).

Tous ces facteurs majorent le risque de se retrouver, avant tout traitement, devant une tuberculose déjà très étendue, ayant détruit le parenchyme pulmonaire nécessaire à la survie.

SIGNES GENERAUX ET SIGNES FONCTIONNELS

Ce sont eux qui justifient l' hospitalisation de la quasi-totalité des malades.

- La fièvre est de règle, retrouvée ici chez 8 malades sur 10. Une température élevée souvent oscillante ne manque presque jamais dans ces tuberculoses graves.

- L' altération de l' état général est constante signée par un amaigrissement variable mais toujours important atteignant et parfois dépassant 10 kg ; certains sujets sont arrivés dans un état de profonde cachexie.

- La toux ramenant une expectoration purulente est présente chez quatre de nos malades ; d'une façon générale elle est fréquemment retrouvée.

- La dyspnée de repos n'est habituellement intense que chez les malades atteints de miliaire, mais l' extension des lésions est souvent tellement importante qu'elle fait rarement défaut. Signalons le cas de Mr M... (obs. n° 10) qui a vu ses difficultés respiratoires se majorer brutalement après un pneumothorax. L'insuffisance respiratoire paraît jouer un rôle déterminant dans le décès de nos malades.

.../...

EXTENSION AUX AUTRES VISCERES

A l' examen clinique, ces tuberculoses pulmonaires très graves ne sont qu' exceptionnellement associées à une autre atteinte tuberculeuse décelable du vivant du malade. Ainsi, seul l' examen anatomique a permis de découvrir chez Mr B... (obs. n°3) une dissémination miliaire hépatique, rénale et splénique ; il faut souligner que le décès est survenu quatre jours après son admission. Par contre, les signes urinaires présentés par Mr M... (obs. n° 10) ont pu révéler une atteinte rénale confirmée par l' U.I.V.

ASPECTS RADIOLOGIQUES

La totalité des malades présentaient une atteinte bilatérale, très étendue, largement cavitaire, associant des macronodules et des infiltrats. Un seul présentait une forme purement miliaire (obs. n° 10). Enfin certains avaient un évidement lobaire ou un poumon détruit.

CONSTATATIONS BACTERIOLOGIQUES

- La recherche du bacille de Koch à l' examen direct des crachats fut positive dans la quasi-totalité des cas où elle a pu être pratiquée (5 observations sur 6), un seul résultat négatif a été constaté : dans la miliaire.

- L' étude de la résistance à la chimiothérapie des B.K. rencontrés n'a pas été effectuée. Dans les nombreuses enquêtes où elle a été étudiée, il apparaît que dans les formes de première atteinte, même dans leurs aspects les plus sévères (COURY,

.../...

CONSTANS et Melle de SAXE), elle ne différait guère de la moyenne des résistances primaires habituellement rencontrées. Par contre, les rechutes et les cas chroniques fournissent un nombre plus élevé de résistance.

Le décès est toujours survenu chez nos malades avant que le recul soit suffisant pour juger de l' efficacité du traitement.

Parmi les autres examens compiémentaires, signalons qu'une vitesse de sédimentation élevée et une N. F. S. normale, éléments utiles pour le diagnostic des formes mineures, ne présentent ici qu'un faible intérêt en raison de la richesse des renseignements recueillis par ailleurs.

FORMES CLINIQUES

Les aspects cliniques rencontrés sont d'une telle diversité que nous nous contenterons de décrire les formes les plus caractéristiques.

LA BRONCHOPNEUMONIE TUBERCULEUSE, classique "phtisie galopante ".

Elle se voit encore trop souvent lors de la découverte de la maladie. Elle est caractérisée, sur le plan radiologique, par la dissémination de foyers bronchoalvéolaires de dimensions variées dans les deux champs pulmonaires, avec de grandes pertes de substance au stade avancé.

Cette forme s' observe particulièrement chez l' alcoolique et le carencé. L'interrogatoire met en évidence une période de symptômes fonctionnels et généraux dans les semaines précédant le début clinique, qui se fait apparemment sous une forme aigue. La température est oscillante entre 38° et 39°, l'amaigrisse-

ment est rapide, l' état général altéré. La toux et l' expectoration sont généralement précoces, et la présence de bacilles de Koch est facilement mise en évidence.

L' examen physique peut montrer dans certains cas des foyers de râles sous-crépitants disséminés dans les deux champs, mais il faut remarquer la possibilité de signes relativement discrets sans proportion avec les renseignements fournis par l' examen radiologique.

La radiographie témoigne de la dissémination des foyers, les sommets et les zones sous-diaphragmatiques étant les moins atteints.

Jadis mortelles en deux à trois mois, ces formes sont récupérables sous la réserve des séquelles importantes qui peuvent suivre.

Cependant, c'est dans la bronchopneumonie tuberculeuse que l'on peut voir encore un certain taux de mortalité chez les vieillards, chez les sujets particulièrement tarés, surtout lorsque l'intervention thérapeutique n'a pas été précoce.

On individualise la tuberculose ulcéronodulaire aigue qui se distingue par ses aspects radiologiques associant de façon diverse des nodules et des opacités en nappe à des cavités de volume assez important dans l'un des poumons ou dans les deux , l' étendue des lésions étant souvent assez importante.

L' évolution d'une seule tenue revêtait une allure véritablement maligne ; la poussée initiale n' était pratiquement suivie d'aucune rémission. On assistait à l' apparition de nouveaux foyers qui envahissaient progressivement les deux champs pulmonaires. Sous traitement, elles évoluent favorablement sous réserve de séquelles.

.../....

Neuf de nos dix cas semblent répondre à cette forme mais le traitement avait commencé à un stade terminal pour huit d' entre eux.

LA TUBERCULOSE CLASSIQUE D'ALLURE PNEUMONIQUE OU PNEUMONIE CASEEUSE :

Elle est caractérisée par son allure clinique aigue et sa topographie lobaire ou sublobaire.

On retrouve comme dans les formes déjà vues, une période de signes fonctionnels et généraux dans les semaines précédant le début, qui est brutal marqué par une fièvre en plateau ; l' absence d' excavation évidente sur les premiers clichés standard peut évoquer au début un processus pneumonique non tuberculeux. Rapidement cependant, la liquéfaction caséeuse permet de mettre en évidence des bacilles de Koch.

Avant les traitements actuels, le pronostic fatal à brève échéance en était la conséquence. Sous l'influence de la chimiothérapie spécifique, l' évolution est le plus souvent favorable.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES :

On en distingue plusieurs formes :

- Elles peuvent se présenter sous une allure clinique aigue fébrile. Le début est brutal, la fièvre atteint 40°, la dyspnée souvent intense peut cependant rester au second plan, et il arrive qu'en l' absence de radiographie, le diagnostic soit rendu difficile notamment par la prédominance de troubles digestifs : anorexie totale, langue saburrale, vomissements, constipation,ou par des troubles nerveux allant jusqu'au coma.

- Certaines miliaires sont trainantes.

- D'autres au contraire tuent en quelques jours

.../...

en se camouflant sous l' apparence d'un syndrome grippal.

- On doit souligner l' existence de formes masquées assez particulières au vieillard:

. forme bronchitique à évolution lente,
. forme cachectisante chronique avec des signes pulmonaires extrèmement frustes et apyréxie complète,
. une forme asystolique,
. une forme urémique avec pâleur, langue rotie, muguet, vomissements, albuminurie, état délirant.

Dans tous les cas, la radiographie pulmonaire de bonne qualité , lue attentivement au négatoscope et interprêtée dans son contexte, est la clé du diagnostic montrant :

- typiquement un semi bilatéral diffus et régulier de petites opacités punctiformes dont le diamètre ne dépasse pas 1 à 2 mm.

- si les grains sont plus fins, on observe un aspect de voile diffus,

- ailleurs, les deux champs sont criblés de taches micronodulaires plus opaques, plus volumineuses et moins régulières , pouvant donner une confluence irrégulière et floconneuse.

L' examen doit s' attacher à rechercher des signes de diffusion en sachant qu'une autre atteinte est rarement décelable du vivant du malade comme nous l'avons déjà évoqué.

Un seul de nos cas correspond à une miliaire à gros grains, tertiaire, associée à des lésions tuberculeuses viscérales découvertes à l' autopsie.

.../...

Enfin, sous traitement antituberculeux bien conduit, le pronostic a complètement changé permettant d' envisager une guérison quand il s' agit d'une miliaire post-primaire.

TRAITEMENT

Nous avons vu que toutes ces formes sont maintenant accessibles à un traitement spécifique : c'est leur évolution avancée supposant des destructions importantes qui en fait des formes mortelles ; c'est dire la nécessité absolue de dépister ces tuberculoses à temps. Nous n' aborderons pas les problèmes thérapeutiques qui sortent du cadre de cette étude où le caractère commun à tous les cas est d' avoir échappé au traitement précoce.

TABLEAUX REALISES A LA PHASE TERMINALE

Dans la plupart des cas, l' évolution des lésions tuberculeuses suffirait à elle seule à expliquer la mort ; elles sont parfois si étendues que l'on se demande comment le malade respirait encore et demeurait en vie. Mais souvent, rien n' explique pourquoi la mort survient à telle heure plutôt que plusieurs semaines auparavant. Parfois le décès survient après un "mieux" transitoire quand le malade est réhydraté et réalimenté.

Nous allons voir les aspects cliniques qui peuvent être réalisés à la phase terminale (LESOBRE et OURY) :

- Le moins fréquent réalise un tableau "infectieux :

La fièvre qui monte progressivement et qui marque de grandes oscillations en est alors le symptôme le plus caractéristique ; l' adynamie, les sueurs, l'accompagnent régulièrement. Ce fut le cas de deux malades (obs. n° 6 et 8).

..../....

- Bien plus souvent, actuellement, on observe la mort sans fièvre, résultant d'un collapsus. Sur le plan anatomique, les examens ont montré des thromboses du coeur droit ou bien des caillots organisés dans l' artère pulmonaire ou l'une de ses branches. Rien cliniquement, sinon la soudaineté de la mort, ne laissait prévoir cette lésion.

Nous en avons relevé un cas vérifié (obs. n° 3), il est probable que ce chiffre soit inférieur à la réalité puisque certains sujets sont morts dans un contexte non fébrile mais il n'y a pas eu d' autopsie.

- Un accident aigü peut précipiter l' évolution:

. le pneumothorax spontané, nous en avons relevé un cas (obs. n°10), mais il n'a pas entrainé la mort.

. l'hémoptysie terminale n'a pas été observée.

- La mort par insuffisance respiratoire, avec ou sans retentissement sur le coeur droit est relativement fréquente. L' augmentation de l'âge moyen des malades, le développement de la sclérose et de l'emphysème, permettent de penser que cette façon de mourir s' observera plus souvent.

Notons le cas de Mr L... (obs. n° 4) qui a vu s' aggraver un état respiratoire précaire (dû à une tuberculose pulmonaire chronique polycavitaire) par une pneumopathie intercurrente qui l'emporta.

Enfin, nous ne décrirons pas ici les causes de la mort en rapport avec une autre pathologie que la tuberculose.

Citons néanmoins le cas de Mr M... (obs n° 10) dont le décès est dû à un accident vasculaire cérébral .

.../...

LA LUTTE CONTRE L'APPARITION DE CES FORMES DE TUBERCULOSES PULMONAIRES MORTELLES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il est évident que la lutte contre le développement de ces formes mortelles de tuberculose passe par la lutte antituberculeuse en général, bien que des mesures plus particulières soient nécessaires eu égard au contexte dans lequel elles se rencontrent.

En France, l' ordonnance du 31 Octobre 1945 est la " charte " de la lutte antituberculeuse ; des aménagements et des compléments sont régulièrement apportés à la législation de base. La plus récente circulaire ministérielle d' ensemble est datée du 10 Mai 1963.

STRUCTURES EN PLACE

Le pivot de la lutte antituberculeuse est le dispensaire (on en compte en France 949) qui a la charge d'un secteur géographique donné ; les services antituberculeux sont des services spécialisés ouverts à tous .

Ils supposent l' existence d'un personnel spécialisé, chargé du fonctionnement des dispensaires et de l'application des mesures antituberculeuses : c'est le médecin phtisiologue des services publics. La coordination à l' échelon local est assurée par le médecin phtisiologue départemental.

A un niveau supérieur, un expert est consulté chaque fois que les Pouvoirs Publics le jugent nécessaire : c'est le phtisiologue consultant régional.

A l' échelon national, il existe un organisme consultatif auprès des responsables de la Santé Publique et de la Section Nationale " Tuberculose " ; c'est la commission de la tuberculose

du Conseil Permanent d' hygiène sociale.

Par ailleurs, de multiples organismes participant à la protection de la santé, ont inclus dans leurs taches quotidiennes des activités de lutte antituberculeuse ; il en est ainsi de la protection maternelle et infantile, du service de santé scolaire et universitaire, du service de santé militaire, de la médecin du travail, des examens périodiques de santé de la Sécurité Sociale. De plus, la simplification du traitement de la tuberculose amène les médecins généralistes à prendre eux-mêmes en charge leurs malades.

Ainsi, une part notable des malades est traitée en dehors du circuit habituel des services antituberculeux. Le rôle des phtisiologues départementaux s'est trouvé compliqué de ce fait.

S'il est souhaitable que la lutte antituberculeuse soit intégrée dans les activités des services généraux, une partie du programme doit cependant rester spécialisée afin de permettre les liaisons indispensables et l'application d'un plan d' ensemble adapté aux situations locales.

LES MESURES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

LA PROPHYLAXIE :

Elle consiste à empêcher la transmission du bacille de Koch des malades contagieux aux sujets sains et à prévenir sa multiplication dans l'organisme des sujets infectés.

- Prévention directe : c'est la méthode de base de la lutte contre les maladies infectieuses ; son but est de tarir le réservoir de virus. Aujourd'hui, la tuberculose pulmonaire humaine est presque constamment due au bacille humain et la source habituelle de contamination est représentée par la même tuberculose pulmonaire.

L' identification des malades contagieux par le dépistage bactériologique et radiologique, l'application aux sujets dépistés d'une chimiothérapie efficace devrait permettre le tarissement de la source de contamination. En particulier l' adjonction de la Rifampicine , antibiotique bactéricide, a raccourci considérablement la période pendant laquelle le malade est porteur de germes contagieux.

Hélas, ces mesures visant à la suppression du contage n'ont pas donné des résultats entièrement satisfaisants malgré les possibilités existantes car elles n'ont pas été, en fait, appliquées avec toute la constance désirable. D' autre part, elles n' évitent pas la contamination "endogène" en période de moindre défense, par des germes "quiescents" déjà présents dans l'organisme.

D' où l'intérêt des mesures mises simultanément en oeuvre, visant à empêcher la multiplication des bacilles chez le sujet non encore infecté.

- Prévention indirecte : Elle s'appuie sur la vaccination BCG, la chimioprophylaxie primaire et la chimioprophylaxie secondaire.

. Vaccination B. C. G.

Le rôle principal de la vaccination BCG en matière de protection des sujets sains, longtemps contesté, est maintenant universellement admis comme l' attestent les nombreuses campagnes de vaccination organisées par l' O. M. S.

Son efficacité est prouvée par toutes les enquêtes dont la plus récente du " British Medical Research Council " donne le chiffre de 80 % ; elle se maintient sans affaiblissement au moins une quinzaine d' années (durée actuelle d' observation dans cette enquête). Notons que cette efficacité n'est pas identique pour tous les pays du globe ; elle serait réduite à 60 % dans les régions où l'

.../...

- Chimioprophylaxie secondaire :

L' administration d' INH est ici réservée aux sujets dont les réactions tuberculiniques sont positives ; c'est donc en fait une prophylaxie de la maladie tuberculeuse chez des sujets infectés.

Les enquêtes pratiquées en France (LOTTE et REVEILLON) et aux Etats-Unis (FEREBEE et Coll) ont nettement démontré l' efficacité de cette mesure qui réduit de 3 à 5 fois la morbidité par rapport au groupe témoin, dans les 5 années qui suivent le traitement ; d' où l'intérêt du traitement systématique précoce de toutes les primo-infections.

Cependant, dans le cadre de la lutte antituberculeuse, la chimioprophylaxie secondaire ne peut jouer qu'un rôle limité, en raison du manque de preuve de l' efficacité à long terme et des difficultés d'instituer le traitement dans les mois qui suivent le contage, ce qui suppose un dépistage rigoureux, encore que chez l' enfant ce dépistage soit bien organisé.

LE DEPISTAGE RADIOLOGIQUE :

Seconde étape de la lutte antituberculeuse, il ne touche en pratique (pour les adultes) que les personnes ayant une profession salariée.

L' obligation du dépistage s' étend à de nombreuses catégories socio-professionnelles mais, force nous est de constater qu'il n'est pratiqué annuellement que dans des groupes limités : SNCF, grandes administrations, enseignement ...

La densité des examens est très variable suivant les régions, la moyenne étant en France de 20 à 25 % c'est à dire très faible et fort peu efficace (LEBLANC et SALEM).

.../...

Une trop grande partie de la population échappe à tout dépistage qui ignore les personnes de plus de 65 ans (le dépistage de la tuberculose dans les asiles de vieillards est beaucoup trop insuffisant , voire inexistant), les artisants, les commerçants, les professions non salariées et enfin, les sans profession (dont les femmes au foyer).

Parmi les travailleurs actifs, certains ne bénéficient pas du dépistage systématique en raison de l'instabilité de leur emploi et de leur fréquent changement de travail.

Un dernier facteur tient à la négligeance qui est fréquente tant de la part du malade que du médecin : certains malades ne s' alarment que trop tardivement après plusieurs mois de signes généraux intenses ; d'autres ont bien consulté précocément, mais ce n'est qu' après plusieurs arrêts de travail prolongés pour " fatigue inexpliquée " que le médecin a enfin demandé un cliché pulmonaire.

Le dépistage radiologique doit - il être pratiqué annuellement sur la plus grande partie de la population ?

Outre les difficultés d' ordre matériel et économique qui en limitent l' application, cette conception est actuellement battue en brêche par de nombreuses enquêtes qui montrent la faible "rentabilité" de ce procédé qui s' adresse à des sujets apparemment bien portants. Les observations présentées montrent l' échec total du dépistage actuel dans la détection des formes graves de tuberculose.

Aussi, à cette notion se substitue la notion de dépistage sélectif ou orienté. Les groupes à haut risque seront répérés avec précision grâce à l' établissement d'un fichier départemental alimenté par des renseignements sur la morbidité tuberculeuse ; d'où l'importance de la déclaration obligatoire de la maladie et de l' enquête épidémiologique.

En attendant, on peut proposer l' extension du con-

.../...

trôle aux artisans, aux commerçants, aux marchands forains qui, à des degrés divers entretiennent un contact permanent avec le public ; on exigera de tous les assujettis ne répondant pas aux convocations du dispensaire ou de l'organisme dont ils dépendent, un certificat médical attestant qu'ils sont exempts de tuberculose.

La catégorie qui fournit le plus gros apport à ces formes graves est celle qui échappe par définition à tout contrôle : les vieillards, les asociaux de toutes catégories : mendiants, clochards de vocation, marchands à la sauvette, petits délinquants.

C'est dire le rôle capital du dispensaire de quartier et tout particulièrement l'importance de l' assistante sociale du secteur qui peut, par ses visites, se rendre compte des conditions de vie du sujet et de son état physique ; elle l'incitera à consulter , lui permettant ainsi d' entrer dans le circuit de dépistage.

Une partie non négligeable de cette population a souvent eu une tuberculose pulmonaire traitée dans ses antécédents, qui échappe à toute surveillance. La consultation médicale est souvent très tardive chez ces sujets ; d'où l'importance d'un contrôle renforcé.

Enfin, il serait utile, parallèlement à l' extension de la surveillance, de mener une campagne d'information touchant le public le plus large.

.../...

MESURES SUSCEPTIBLES D'AMELIORER LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

-:-:-:-:-:-:-:-

Parmi les mesures préconisées par certains auteurs dont LEBLANC et SALEM, pour améliorer le "rendement" de la lutte antituberculeuse, deux d' entre elles nous paraissent très intéressantes : l'obligation de soin et les mesures d' aide sociale.

L' OBLIGATION DE SOIN :

On peut la concevoir comme une obligation faite à tout malade tuberculeux de se soumettre au traitement, aussi longtemps que son état le nécessitera, certes cette mesure arbitraire déplaira mais ici la sauvergarde sociale prime la liberté individuelle. En effet, il est plus logique de traiter obligatoirement le sujet contagieux identifié, que de laisser à celui-ci la liberté de refuser les soins et d' obliger la totalité de la population bien portante à des mesures préventives fastidieuses et parfois non anodines.

Ainsi, peut-on admettre que Mr M... (obs. n°7) bacillaire, porteur de lésions pulmonaires importantes, ait pu quitter le service de son propre chef pour aller disséminer ses bacilles de Koch dans le métro où il "travaille" ?

Bien sûr, il n'est pas question d' hospitaliser jusqu'à leur guérison tous les tuberculeux.

- L' obligation de la cure hospitalière ou sanatoriale serait retenue :

. pour tous les bacillaires et ce jusqu'à l' obtention d'une négativation confirmée des bacilloscopies (délai variable de 1 à 3 mois), à condition qu'ensuite un traitement ambulatoire correct soit possible ; en effet autant le traitement ambulatoire est

.../...

justifié chez le malade conscient, coopérent et disposant de ressources suffisantes, autant il est impossible à administrer à celui qui se révèle indiscipliné.

. pour tous les sujets dont c'est la seule chance de traitement bien conduit dans des conditions matérielles convenables. Entrent dans cette catégorie :

+ les sujets vivant dans des conditions précaires : vieillards, transplantés,
+ les indisciplinés, déjà cités, les asociaux, les éthyliques invétérés.

Le séjour sera alors poursuivi jusqu'à la guérison.

Pour atténuer les inconvénients de cette contrainte on pourrait améliorer les conditions de séjour en sanatorium et mettre à profit la durée de la cure pour une promotion culturelle ou professionnelle, ou pour permettre aux plus défavorisés (manoeuvres non spécialisés, ouvriers agricoles, travailleurs étrangers ...) de suivre un enseignement scolaire général leur permettant d' accéder à une formation professionnelle. Ceci est d'ailleurs souvent tenté et ne réussit que chez les sujets motivés (émigrés en particulier), mais jamais chez les asociaux, éthyliques qui forment la masse de la clientèle européenne Une ségrégation de ces deux populations dans des sanatorium différents serait donc souhaitable.

De plus, certains avantages financiers pourraient être accordés à ces malades (indemnité de séparation ...).

- Pour les autres malades, le traitement ambulatoire sera prescrit, surveillé et contrôlé par les services du dispensaire ou à l' hôpital (à l'instar de ce qui se pratique aux Pays-Bas) et dans de nombreux services de pneumologie français.

Il implique évidemment une parfaite coopération

.../...

du malade. Une mise en condition psychologique et des contacts fréquents sont nécessaires pour éviter que le sujet n'apporte à son traitement par oubli, ou par négligeance, des intermittences dangereuses voire même une interruption totale, faute d' avoir compris la nécessité d'une couverture antibiotique permanente et suffisamment prolongée.

Le traitement ambulatoire ne se justifie pleinement qu' associé à la reprise des activités professionnelles ; il ne doit pas être synonyme d' oisiveté, risquant alors d' entraîner chez certains une majoration des habitudes d' intempérence par exemple.

Pour terminer, ajoutons que la non observation de l' obligation de soin pourrait être "sanctionnée " en jouant par exemple sur le clavier des prestations sociales ; mais cette mesure ne serait efficace que pour les sujets qui en bénéficiaient antérieurement.

LES MESURES D' AIDE SOCIALE :

Rappelons tout d' abord le rôle primordial de l' assistante sociale pour la "prise en charge" des malades qui ne sont pas "assurés sociaux " ; elle intervient à tous moments : dans le "dépistage" de ces cas, dans la "surveillance" du traitement et dans la réinsertion sociale, difficile.

Un grand progrès a été réalisé pour les ressortissants de la sécurité sociale, qui leur permet pendant le traitement, de bénéficier des prestations de la longue maladie. De plus, on pourrait envisager que ces sujets gardent durant la cure la totalité de leur salaire comme celà existe dans certains secteurs (Fonction publique, sécurité sociale) ; ceci préviendrait les départs prématurés justifiés par des situations matérielles précaires.

Une garantie de l'emploi devrait interdire à l'employeur de rompre le contrat de travail du tuberculeux en traitement ;

.../...

celle-ci est facilitée par la surée beaucoup plus courte de l'arrêt de travail, avec les thérapeutiques actuelles.

Par ailleurs, la possibilité de reprendre le travail à mi-temps pour une durée de 3 mois devrait être assurée, comme c'est déjà le cas à la S. N. C. F.

Ces mesures nécessitent un effort financier important, mais il ne s' agit pas là d'un investissement improductif puisqu'un malade bien traité et bien réadapté concourt par son travail à la formation du revenu national, alors qu'un tuberculeux livré à lui-même n'est qu'un consommateur à la charge de la société.

Enfin, signalons trois autres mesures qui sortent du cadre de cette étude, mais qui n'en sont pas pour autant moins importantes :

- la lutte contre l' alcoolisme, véritable fléau social , dont nous avons vu le rôle néfaste à toutes les étapes de la maladie.

- la nécessité d'une "politique" médicale et sociale plus adaptée au 3ème âge, assurant une meilleure surveillance médicale et apportant les moyens matériels qui permettent une vie décente.

- le "centrage" des activités de dépistage sur les populations "marginales" qui représentent l' élément contaminant. C'est auprès de ces sujets que le refus de la prévention et du dépistage devrait être sévèrement sanctionné.

.../...

CONCLUSION

-:-:-:-:-:-:-

A l'aide de dix observations rapportées, provenant de Services de Médecine Générale sans vocation pneumophtisiologique particulière, nous avons cru utile de rappeler, qu'à côté de succès thérapeutiques brillants, certaines formes de tuberculoses pulmonaires sévères gardent un pronostic effroyable malgré les traitements actuels.

Les caractères communs sont analysés ; il s'agit en règle de sujets d'origine européenne, éthyliques, le plus souvent sans domicile fixe, échappant à tout contrôle médical , à tout dépistage. Cependant cinq cas sont rencontrés chez des vieillards aux ressources très limitées.

Dans neuf cas sur dix, la mort survient dans un état de cachexie fébrile avant que le traitement n'ait eu le temps de manifester une quelconque efficacité et souvent même avant la mise en route du traitement.

Le seul cas encore en vie, moins atteint, a quitté le Service de lui-même en refusant tout soin.

Les constatations anatomiques montrent une destruction étendue des deux parenchymes pulmonaires plutôt qu'une dissémination tuberculeuse (retrouvée seulement dans deux cas).

La gravité de ces tuberculoses est due, non pas tant au "contexte" dans lequel elles surviennent, qu'au retard porté au diagnostic aboutissant à la découverte de formes largement extensives.

.../...

Certaines catégories de la population vivent en marge de la société active et échappent ainsi à tout dépistage ; c'est envers ces individus que l'obligation thérapeutique et que le dépistage "orienté" doivent être dirigés. Eux seuls permettront de diminuer les obligations et la charge de la prévention et du dépistage sur la majorité de la population. Ces groupes pourraient être repérés avec précision grâce à un fichier départemental établi à partir des données de la morbidité tuberculeuse, d'où l'importance primordiale de la déclaration obligatoire et de l' enquête épidémiologique.

Nous avons attiré l' attention sur certaines mesures qui permettraient à court terme d' améliorer le "rendement" de la lutte antituberculeuse. L'obligation de soin y occupe une place de choix ; elle vise à supprimer toute source reconnue de bacilles tuberculeux qui constitue un danger pour l'entourage du malade et la morbidité tuberculeuse en général.

Certaines mesures sociales, c'est à dire un salaire intégral pendant la durée de la cure et une garantie d' emploi, aideront à la réinsertion professionnelle déjà largement facilitée par les modalités du traitement ambulatoire.

Sur un plan plus général, rappelons la nécessité de mener en même temps une lutte contre l'alcoolisme et contre la misère, surtout pour les personnes du 3ème âge ; ceux-ci souffrent de plus d'un " abandon médical " contre lequel il est urgent de remédier.

Enfin, la différence entre des pays où la tuberculose a quasiment disparu, comme les Pays-Bas, et ceux où la tuberculose persiste à l' état endémique, comme la France, ne tient ni à la différence du niveau de vie, ni au pourcentage de travailleurs émigrés

.../...

(analogue dans les deux pays), ni à la structure de l'organisation de la lutte antituberculeuse (comparable dans ces deux pays). Elle est due en grande partie au septicisme , si ce n'est l'hostilité qui accueillent en France toute mesure générale, à l' absence de conviction d'une partie du corps médical dans l'application des différentes mesures et surtout au pourcentage plus élevé d' éléments " extra-sociaux" en France où les structures sociales traditionnelles se sont moins bien conservées.

BIBLIOGRAPHIE

1 - AUJOULAT L.P., DESCOINGS J.C.
La tuberculose chez l'Africain Noir transplanté dans la région parisienne.
Concours Méd. avril 1971/93-15/2744-2750

2 - BRITISH MEDICAL RESEARCH CONCIL
B.C.G. and vole Bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life. Third report to the M.R.C. by their tuberculosis vaccines clinical trial commitee.
Brit. Med. J., 1963/1/973-978

3 - BUHL K., NYBOE J.
Epidemiological basis of tuberculosis eradication. Changes in the mortality of Danish tuberculosis patients since 1925.
Bull. Wld. Hlth. Org., 1967/37/907-925

4 - COURY Ch.
Les formes miliaires de la tuberculose pulmonaire.
Encycl. Med. Chir., 1961/fasc b028 F10 F30

5 - COURY Ch., CONSTANS P., Melle de SAXE
Les formes graves de tuberculose pulmonaire dans un service parisien de phtisiologie.
Etude comparative 1959-1969 à propos de 158 cas.
Rev. Tub et Pneum. 1969/33/8/1073-1090

6 - DUFOURT André
La tuberculose pulmonaire des vieillards.
Rev. Lyonnaise de Méd, mars 1957/195-209

7 - FEREBEE S.H.
Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis. A general rewiew.
Adv. Resp. Tuber. 1969/17/28-106, Bâle - New York (S. Karger ed.)

.../...

8 - FRESUR P.
Etude clinique de la tuberculose pulmonaire des personnes agées.
Bull. Un. Int. Tuberc, 1962/32/194-210

9 - FRESUR P.
Pièges diagnostiques en matière de tuberculose pulmonaire.
Concours Med., novembre 1971/93-45/7149-7157

10 GIURA R. et Coll.
Massive hemophtysis as a cause of death in pulmonary tuberculosis.
G. Ital. Mal. Torace, Janvier, février, 1969/23/33-6

11 - JOSPIN G.
A propos de l'état actuel de la lutte antituberculeuse en France.
Concours Med, mars 1968/90-11/2247-54

12 - JUSTIN-BESANCON L., GRIVAUX M., CHRETIEN J., BAGUET J.C.,
DELAVIERRE Ph.
Les formes anatomocliniques de la tuberculose selon les facteurs étiologiques.
Sem. Hôp. Paris, 1965/42/1107-1109

13 - JUSTIN-BESANCON L., PEQUIGNOT H., CHRETIEN J., DELAVIERRE Ph.
La tuberculose des gens agés.
Sem. Hôp. Paris, 1965/41/1757-1765

14 - KOK-JENSEN A.
The prognosis of pulmonary tuberculosis in patients with abuse of alcohol.
Scand. Jour. Resp Dis, 1970/51/42-8

15 - LAMY P., ANTOINE D., BRIQUET P., VAILLANT G., BERTHEAU J.M.,
MOUNEAU J.P., FROMENT J.
Reflexions sur l'évolution actuelle de la morbidité tuberculeuse en milieu hospitalier.
(de 1960 à 1967).
Annales Méd. Nancy, Nov 1968/7/1456-1470

16 - LEBLANC M., BIZOT
Les divers aspects de la tuberculose sur le plan clinique et sur le plan social,
à l'échelon d'un service hospitalier.
Rev. Med. Dijon, avril 1967/II/2/97-103

.../// ...

17 - LEBLANC M., SALEM A.
Etat de la lutte antituberculeuse dans les pays de la communauté économique européenne.
Concours Med. Juillet 1971/93-29/5195-5200

18 - LESOBRE R., OURY M.
Etude clinique et sociale de la mortalité tuberculeuse dans un service hospitalier de pneumologie depuis 1952.
Rev. Tuberc. Paris, 1958/22/25-41

19 - LESTOU J.M. et Coll.
Hospital tuberculosis mortality cases in the F.J. Muniz Hospital in the 1965. 70 period.
Preusa Med. Argent. aout 1971/58/1332-8

20 - LOTTE A., PERDRIZET S.
Connaissance des "facteurs de risque" et orientation de la lutte antituberculeuse.
Rev. Prat. Janvier 1972/3/

21 - LOTTE A. , PERDRIZET S.
Mortalité par tuberculose en France en 1967 et 1968.
Bull. INSERM, 1969/24/6/1551-1578

22 - LOTTE A., d'ALLEST A.M.
Mortalité par tuberculose en France : répartition suivant l'âge et le sexe.
Situation actuelle et évolution depuis 1950.
Bull. INSERM. 1968/23/5/1209-1244

23 - LOTTE A., PERDRIZET S. et Coll.
Morbidité par tuberculose en France et dans d'autres pays européens.
Bull. INSERM. 26/2/601-747

.../...

24 - LOTTE A., HATTAR F., PERDRIZET S., ROUILLON A.
Chimioprophylaxie des tuberculoses primaires de l'enfant et de l'adolescent en France.
Bull. Wld. Hlth. Org. 1964/51/2/223

25 - MARLAND P.
Aspect actuel de la tuberculose pulmonaire.
Concours Med. mars 1968/90-11/2237-2244

26 - MANDE R.
" La vaccination par le B.C.G.".
Rev. Prat. 1968/7/931-942

27 - STEAD W.
The pathogenesis of pulmonary tuberculosis among older people.
Amer. Rev. Resp. Dis 1965/21/811-822

28 - VOISIN R., WARNERY M., CORRIOL R.
L'alcoolisme facteur de tuberculose chez les personnes agées.
Marseille Med. 1959/9/633-635

29 - WHITCOMBS M.E. , ROCKLIN R.E.
Annals of Internal Medecine, 1973/79/161-266